

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

POUR LE

No
565

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel VIENNOT-BOURGIN

Né le 5 septembre 1908 à Val-Suzon (Côte-d'Or)
Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DUODÉNUM MOBILE

(DUODÉNUM MOBILE PARTIEL INITIAL)

Président : M. V. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1932

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel VIENNOT-BOURGIN

Né le 5 septembre 1908 à Val-Suzon (Côte-d'Or)
Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DUODÉNUM MOBILE

(DUODÉNUM MOBILE PARTIEL INITIAL)

Président : M. V. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	N...
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE, HOVELACQUE.
	MULON et VERNE,



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . . Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY . . . Urologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HALPHEN. . . Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HUGUENIN. . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIÈRE. . . Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLERY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 REPTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*A la mémoire vénérée de Celle que
j'appelais ma Mère et qui diri-
gea mes tous premiers pas dans
la recherche de la connaissance
scientifique.*

*Son souvenir inoubliable me sou-
tint toujours durant mes années
d'études.*

*Bonté et douceur, qualités pre-
mières d'un médecin, Elle tenta
de me les inculquer, Elle qui les
possédait au plus haut degré.*

A MA FEMME

A MON PÈRE, A MON ONCLE ET PÈRE ADOPTIF

A MES PARENTS, A MES AMIS

A Monsieur le Professeur GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de la Salpêtrière
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire l'hon-
neur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

A la mémoire de Monsieur le Docteur LAPOINTE

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui avait été pour moi, durant
mon année d'externat dans son
service, un Maître plein d'indul-
gence, et qui, depuis, m'avait
donné si souvent des marques
de sa sollicitude.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur RENÉ A. GUTMANN

Médecin des Hôpitaux

*Qui a bien voulu me donner ce
sujet de thèse, et qui m'a tou-
jour guidé de ses conseils éclai-
rés dans l'étude, parfois aride,
de la pathologie digestive.
Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de ma profonde gra-
titude.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

- M. le Professeur LEJARS (*in memoriam*).
- M. le Professeur CARNOT.
- M. le Professeur SICARD (*in memoriam*).
- M. le Professeur LENORMANT.
- M. le Professeur LEREBoullet.
- M. le Professeur LEGUEU.
- M. le Docteur LAPOINTE (*in memoriam*).
- M. le Docteur KÜSS, Chirurgien des Hôpitaux.
- M. le Docteur BRAINE, Chirurgien des Hôpitaux.
- M. le Docteur GUTMANN, Médecin des Hôpitaux.
- M. le Docteur CHIRIÉ, Accoucheur des Hôpitaux.
- M. le Docteur GÉRARD, Radiologiste des Hôpitaux.

A MES MAITRES de la Faculté de Médecine de Paris

A MES MAITRES du Val-de-Grâce

INTRODUCTION

A la consultation de médecine de l'Hôtel-Dieu ainsi qu'à la consultation de gastro-entérologie du service de M. le P^r Gosset à la Salpêtrière, dirigées toutes deux par notre Maître le D^r Gutmann, nous avons eu l'occasion de relever un certain nombre de cas de duodénums mobiles.

Nous voudrions, dans ce travail, étudier cette anomalie et surtout insister sur un point assez spécial, le défaut de fixation, la mobilité anormale de la région du genu superius avec son aspect radiologique si particulier.

Cette variété entre dans la classe du duodénum mobile partiel incomplet; comme il s'agit d'une anomalie portant sur la partie toute primitive de la 2^e portion (D²), nous l'appellerons duodénum mobile partiel incomplet initial ou plus simplement duodénum mobile initial.

Après avoir exposé, avec schémas à l'appui, les cas observés par nous, nous reviendrons sur la symptomatologie du duodénum mobile, qu'il soit partiel ou total,

sur son image radiologique, son diagnostic et son traitement.

Nous insisterons enfin sur l'intérêt des coexistences de cet aspect anormal et d'un ulcus duodénal.

D'UNE NOUVELLE VARIÉTÉ DE MOBILITÉ DUODÉNALE : LE DUODÉNUM MOBILE INITIAL

Nous avons été assez heureux pour relever un certain nombre de cas de duodénums mobiles fort intéressants, car ils peuvent être classés selon leur degré de mobilité, depuis l'ébauche de l'anomalie jusqu'à son aspect typique et net.

Nous montrerons par quelques schémas, qui sont chacun le calque exact d'un des nombreux clichés tirés, cette progression.

Ainsi dans la figure 1 (Madame L. Louise, 31 ans), l'aspect radiographique est à peine anormal. Nous la reproduisons cependant parce qu'elle montre entre le bulbe et la portion descendante du duodénum, très nettement isolée sur tous les clichés, une petite portion intermédiaire qui est comme l'ébauche des anomalies que nous y verrons plus loin.

Cet aspect est anormal pourtant, car il diffère de celui décrit classiquement comme étant l'aspect normal par exemple par Grégoire dans son traité d'Anatomie Médico-Chirurgicale de l'Abdomen.: la 2^e portion est verticale et coudée à angle aigu sur la 1^{re}.

Dans la figure 2 se détache d'une façon très nette, entre le bulbe et la portion descendante, une portion intermédiaire anormale, déjà plus accentuée que celle de la figure 1.

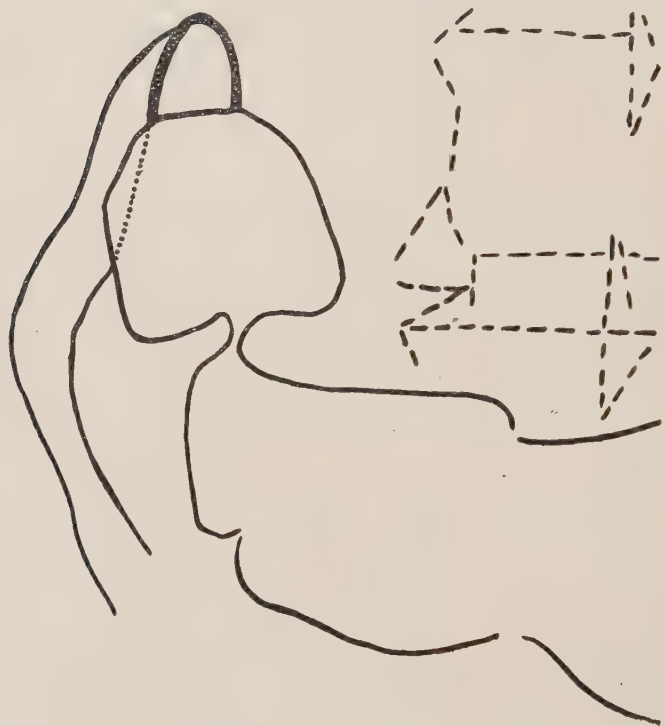


Fig. 1

Nous rapprocherons de ce cas l'observation de Jean Quénu et Ch. Jacquelin (obs. I de ces auteurs) publiée dans les Archives des Maladies de l'appareil digestif. Nous en reproduisons un schéma (Fig. 3). C'est là

l'ébauche de ce que ces auteurs ont appelé le « duodénum en M. »

Dans la figure 4 on voit que l'anse anormale est encore beaucoup mieux dessinée, en fer à cheval.

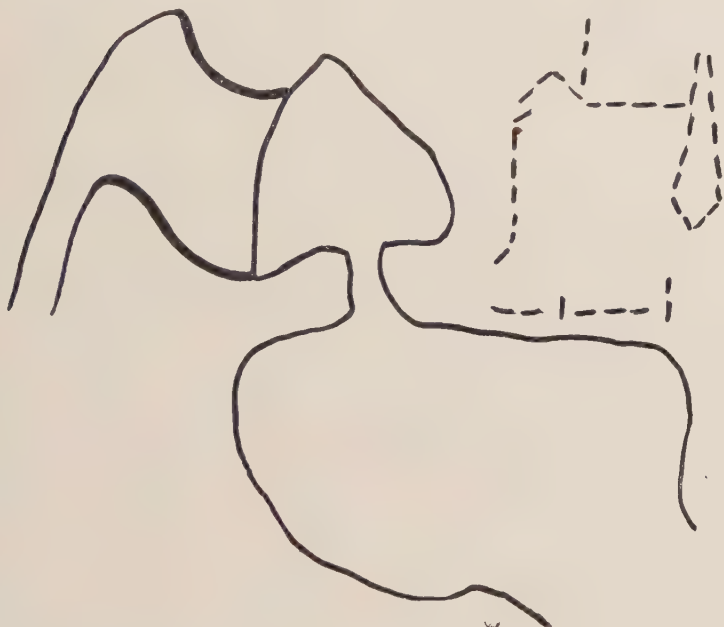


Fig. 2

Voici l'observation résumée de ce malade :

Monsieur D. S., 21 ans.

Examiné pour la première fois le 12 mai 1931.

— Depuis plusieurs mois, crises douloureuses de plus en plus fréquentes.

— D'abord apparaissant régulièrement vers 4 heures de l'après-midi, puis devenues continues, nocturnes même.

— Douleurs siégeant à droite dans l'hypochondre avec irradiations au creux épigastrique et à gauche.

A l'examen on trouve une hernie ombilicale non douloureuse.

Point douloureux très net au niveau de la fosse iliaque droite.

Radio : duodénum mobile partiel avec stase duodénale.

Pas d'image d'ulcus.



Fig. 3

On pense à la possibilité de pratiquer une appendicectomie et une vérification de tout le carrefour duodéno-hépatique.

Traitement médical d'attente.

Dans le cas auquel se rapporte la figure 5, la longueur et le repliement de la portion anormalement fixée sont extrêmement nets.

Il existe même une petite stase sur la première partie de cette anse.

Dans le cas de la figure 6, il y a encore accentuation de l'aspect précédent.

Il s'agit de Mademoiselle L., 18 ans, venue consulter pour une hémorragie digestive persistant pendant plusieurs jours.



Fig. 4

A l'examen nous n'avons trouvé qu'une très légère douleur localisée à la région épigastrique.

Sur les clichés faits en ville, les radiologistes qui avaient examiné notre malade avaient affirmé l'ulcère duodénal et décrit « une dilatation considérable de l'angle inférieur du bulbe duodénal ».

En réalité, il s'agissait, non d'une déformation de la partie inféro-externe du bulbe, mais d'un bulbe normal auquel succède une anse duodénale anormale.

La figure 7 (D... Pierre) se rapproche des précé-

dentes ; elle nous montre cependant une dilatation encore plus marquée de la partie déclive de l'anse anormale ; il y a stase de la baryte en ce point.

De plus nous notons également la présence d'un ulcus



Fig. 5

duodénal ; nous reviendrons d'ailleurs sur ce point, les deux lésions pouvant souvent coexister.

La figure 8 (C... Marie) nous montre une très grosse dilatation, véritable poche pleine de baryte. Concomitance également d'un ulcus situé sur la zone pylorique.

Dans la figure 9 la dilatation et la stase ne font que s'accroître. Notons encore la présence d'un ulcus duodénal.

Voici l'observation de cette malade :

Madame M... Eugénie, 57 ans.

Vue et examinée le 7-7-31.

Il y a 4 ans à la même époque hémorragie de sang rouge.
Mélœna abondant.



Fig. 6

Cette hémorragie avait été précédée d'une période remontant à 6 mois et se caractérisant par 8 jours de troubles digestifs, 8 jours de repos.

- Douleurs post-prandiales tardives (10 heures du soir).
- Pas de vomissements, pas de nausées.
- Selles normales.
- Pas d'antécédents, pas de fausse-couche. Ascendants et collatéraux bien portants.

Examen : sensibilité de tout l'abdomen, principalement de la fosse iliaque droite et de la région sous-hépatique.

Radio (17-7-31)

Duodénum mobile avec dilatation de la portion ptosée.
Peut-être ulcus duodénal ; 'on ne peut l'affirmer).

Opération (6-8-31) Opérateur : Petit-Dutaillis.

Diagnostic opératoire : ulcus duodénal.

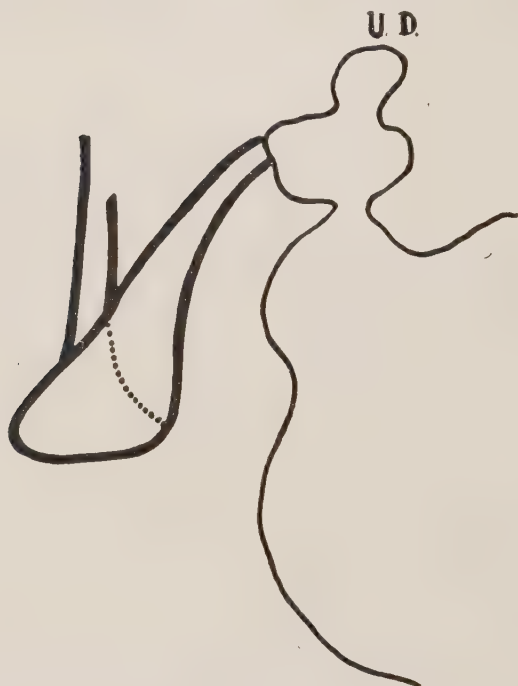


Fig. 7

Gastro-entérostomie postérieure par laparotomie médiane.

A 2 cm. de la valvule pylorique, induration blanchâtre étoilée de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Muqueuse gastrique très friable, saignante.

Duodénum mobile.

Le schéma 10 montre une anse anormale très longue, présentant un aspect en fer à cheval très net. Ce malade

(Bl. 54 ans) ne fut pas trouvé à l'opération porteur d'un ulcus gastrique, pylorique ou duodénal.

Nous retrouvons une énorme dilatation de l'anse anormale dans la figure 11, représentant l'un des nom-



Fig. 8

breux clichés de notre malade de l'Hôtel-Dieu, Monsieur March... 51 ans.

Il était surtout venu nous consulter pour des douleurs à type d'ulcère. L'image de celui-ci était d'ailleurs également visible sur tous les clichés.

Quant à la figure 12 elle se caractérise surtout par une énorme poche faisant suite au bulbe duodénal,

On trouvera au chapitre du traitement le compte-rendu opératoire de cette malade.

Voici, résumée, son observation :

Madame Ch. Marie, 30 ans.

Depuis 3 ans douleurs gastriques plusieurs fois par semaine avec intervalle de deux mois en moyenne.

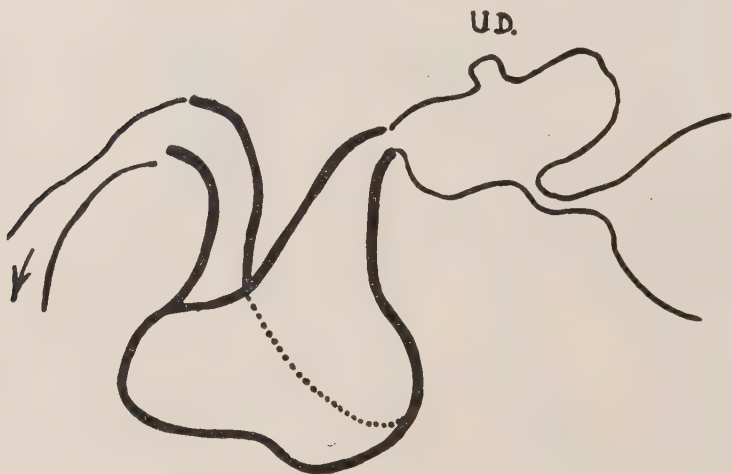


Fig. 9

18-4-32. — Depuis 3 semaines souffre tous les jours et toute la journée dans la région épigastrique ; en même temps douleur dans la fosse iliaque droite.

— Nausées, pas de vomissements.

— Selles normales.

— Amaigrissement de 3 kgs en 15 jours.

Au palper, douleur au niveau de l'hypogastre, à gauche de la ligne médiane.

Un examen radiologique avait été pratiqué antérieurement à St-Denis :

En résumé : l'estomac se contracte mal ; il est extrêmement ptosé. Au sommet de la région pylorique aspect en galette, bulbe aplati. Seconde portion duodénale très dilatée.

Diagnostic porté : soit ulcus prépylorique, soit dilatation duodénale.

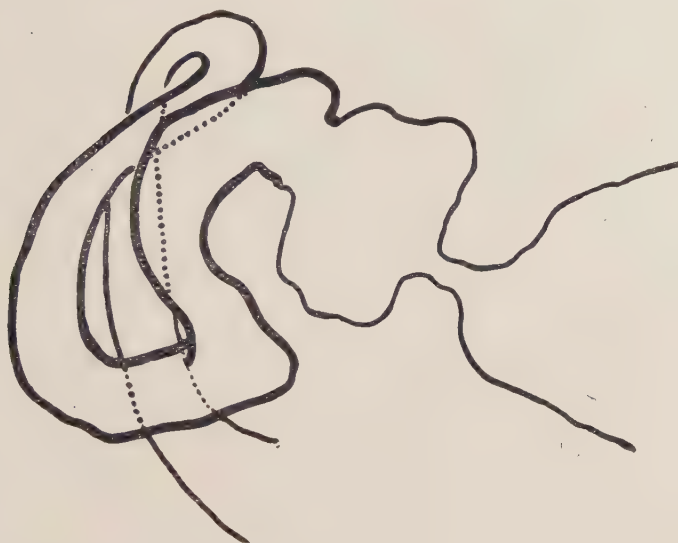


Fig. 10

Nous classons tous ces schémas dans une première série dans laquelle les portions anormales retombent et sont comme « télescopées » avec les portions normales.

Dans une seconde série nous mettrons les cas où la portion normale apparaît comme étirée de bas en haut.

La figure 13, la 1^{re} de cette série, est une image de transition ; elle se compose en effet d'une première portion à peu près horizontale ressemblant aux cas précédents et d'une portion verticale,

Notons encore chez ce malade (C. Eugène) la présence d'une stase nette à la jonction de ces deux portions et la coexistence d'un ulcus duodénal vérifié et opéré.

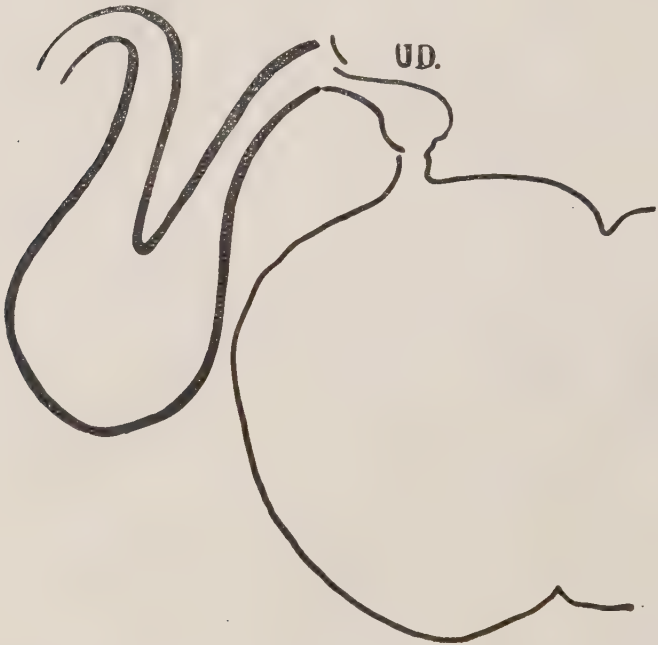


Fig. 11

Dans la figure suivante (fig. 14) le bulbe est aplati, rétracté par suite d'une lésion ulcéreuse (confirmée également à l'opération). Immédiatement au dessous du bulbe nous voyons une grosse dilatation de l'anse anormale. Celle-ci remonte ensuite verticalement très haut pour se continuer à angle aigu par une portion fixe, descendant aussi verticalement. Nous résumons ici l'observation de ce malade :

Monsieur M... Friedrich : 21 ans.

— Souffre de l'estomac depuis 4 ans

— Périodes douloureuses de 15 jours à 4 mois avec intervalle de 1 an environ.

— Tous les jours au réveil, à 10 heures et 5 heures de l'après-midi, jamais la nuit.

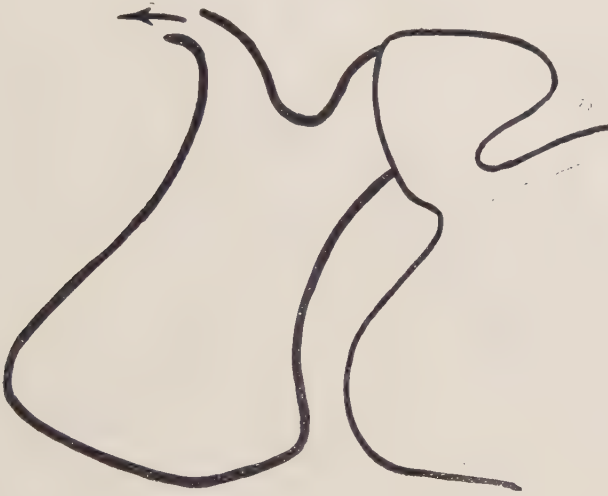


Fig. 12

— Douleurs siégeant au creux épigastrique.

— Ces douleurs viennent lentement et disparaissent de même.

— Sensibilité très légère persistante entre les crises.

Actuellement crise douloureuse remontant à 4 mois (avec amélioration il y a 2 mois qui s'était maintenue pendant 15 jours).

— Pas de vomissements, mais parfois nausées (envie de vomir vers 11 heures du matin).

— Selles normales.

A l'examen : léger point appendiculaire très bien localisé et léger point vésiculaire.

Radio (5-2-32).

A 1^{re} vue : ulcus duodénal avec image de trèfle.

2^e diagnostic : péri-viscérite avec duodénum mobile.

De plus liquide à jeun, péristaltisme un peu accentué, évacuation pylorique retardée et lente.

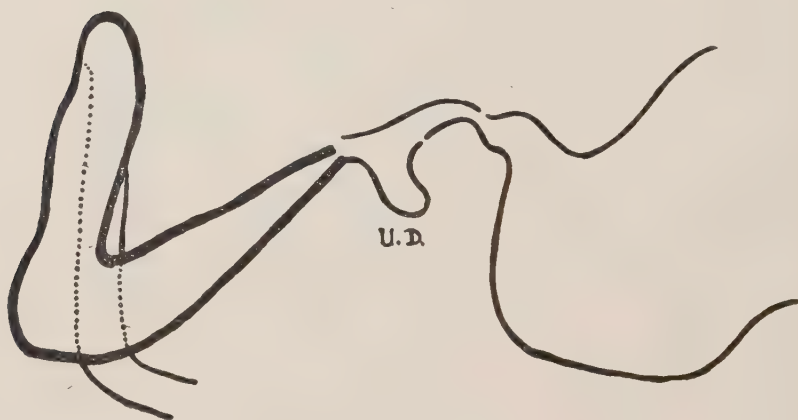


Fig. 13

Compte-rendu opératoire :

Opérateurs : Professeur Gosset, Raiga, Benaerts.

Anesthésie : Ether + CO₂ (Thalheimer : 21 minutes).

Diagnostic opératoire : ulcus duodénal étoilé avec déformations secondaires.

Gastro-entérostomie postérieure transversale par médiane sus-ombilicale.

Tous les surjets à la soie.

Estomac fixé en arrière par un point à la brèche du méso-colon.

On le fixe également en avant et à gauche par 2 points, fermeture de la paroi à la soie.

Enfin nous présentons la figure 15 qui montre une image « en siphon » avec dilatation de la partie inférieure de l'anse supplémentaire et fixation très haut de



Fig. 14

sa partie supérieure et terminale. Présence d'un ulcus duodénal.

Nous avons extrait de l'observation de ce malade de l'hospice de Villejuif les quelques particularités suivantes :

Br... Pierre.

Malade très complexe qui présente à la fois un ulcus de la petite courbure, un ulcus pylorique avec sténose et un duodénum mobile.

2 faits dominant l'histoire de ce malade ; ce sont : les vomissements, l'amaigrissement.

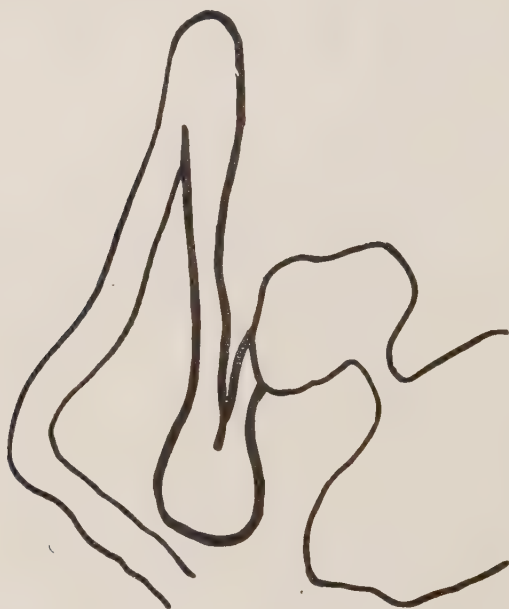


Fig. 15

Vomissements à horaire établi comme suit :

22 mai soir 5 h. et 11 h.

23 mai soir *idem*.

24 mai soir 7 h.

25 mai soir 3 h. 1/2 et 9 h.

26 mai soir 5 h.

27 mai soir *idem*,

28 mai soir 4 h. 1/2 et 11 h.

29 mai soir 4 h. et 11 h.

Poids : le malade pesait le 30 janvier 63 kg. 900.

24 avril 57 kg.

9 mai *idem.*

23 mai 54 kg. 800.

16 juin 53 kg. 800.

Ajoutons que c'est encore dans cette série que l'on peut placer le cliché V de notre planche.

GÉNÉRALITÉS SUR LES DUODÉNOMS MOBILES

Ayant ainsi décrit les cas que nous avons personnellement observés, nous allons rappeler quelques points établis dans les travaux déjà parus sur cette question, entre autres ceux de Miake, de Nimeh, D'Ortiz, de Banzet.

Historique

Cruveilhier fut le premier à constater la persistance de l'état embryonnaire de l'intestin chez un de ses malades. Plus tard, Treitz exposa le cas d'une anomalie duodénale.

Nous trouvons déjà l'indication de cette affection dans le travail de Glénard sur la ptose gastrique.

Des troubles, dus à cette mobilité anormale gastrique et duodénale, sont signalés par Vautrin (rapport sur la dislocation verticale de l'estomac), par Chiari, par Chambord.

Les anatomistes (Neugebauer, Farabeuf, Broca, Jayle, Jaboulay, etc.) exposent également des cas où ils ont constaté, non seulement une mobilité duodénale, mais

aussi une mobilité de toutes ou presque toutes les anses intestinales.

L'association de la mobilité d'une autre partie de l'intestin est encore signalée par Hucker, Grünwald et Kühlmann (D. mobile ectopique avec côlon flottant librement dans la cavité abdominale).

Chilaïditi en 1911 (2^e obs.) décrit un cas où les portions supérieure et moyenne du duodénum étaient abaissées et mobiles tandis que la 4^e portion était fixe.

Nous citerons encore les comptes rendus opératoires de Freemann, Melchior, Kirchner, Leveuf et Huet, Salomon, un cas de Breton rapporté par le P^r Duval, un cas étiqueté volvulus du D. simulant un diverticule par Veau deau, enfin la radiographie publiée par Fritz de Beule dans le *Bruxelles Médical*.

Nous n'insisterons pas sur cette énumération ; nous nous contenterons de signaler encore le travail de Quénu et Jacquelin dont nous avons déjà parlé, travail portant sur les déformations sus-mésocoliques en M du duodénum.

*
* *

Normalement le duodénum (anse fixe de l'intestin grêle, ainsi l'appelait Jonnesco) est fixé.

Rappelons que Todd a montré que semblable disposition n'existait que chez l'homme et le singe. La mobilité totale, — rare chez l'homme où on peut cependant la rencontrer, — est le fait normal dans la série animale.

Les anatomistes ont bien distingué une partie non fixe au duodénum, mais cette mobilité ne semble pas

s'apparenter avec celle que l'on a mise en évidence soit à l'autopsie, soit à l'opération, soit encore lors d'un examen radiologique (elle est loin d'être comparable à celle notée par Miake qui pouvait sortir le D. de l'abdomen de 5 à 10 cm.). C'est ainsi que Jonnesco (in Poirier) étudiant la fixité duodénale estime que l'on doit distinguer à cette anse intestinale :

un segment immobile ou portion infra-colique allant de l'ampoule de Vater à l'angle duodéno-jéjunal ;

un segment mobile qui s'étend du pylore à l'ampoule. Il ajoute d'ailleurs que cette mobilité va en décroissant du pylore au débouché des conduits hépatiques, cystiques et pancréatiques.

Nous croyons que cet auteur a voulu désigner par le terme de mobilité le fait que cette portion supra-colique peut se déplacer légèrement lors de la réplétion gastrique.

Les anatomistes sont d'accord pour déclarer que seule la 1^{re} portion, revêtue sur ces 2 faces par le péritoine, est mobile.

Ce que certains auteurs ont désigné sous le nom « d'affaissement de Bussi » doit être rapproché du duodénum mobile ; ce serait la toute première ébauche de cette anomalie.

Rappelons que Banzet a constaté très souvent sur le cadavre une variation de la hauteur de l'hiatus de Winslow. « En y regardant de près » il a constaté l'ébauche d'une mobilité partielle, un défaut d'accolement de la région de l'angle que forment la première et la deuxième portions.

Classification

Quant à la classification des duodénums mobiles, elle est maintenant bien établie :

Le D. mobile est tout entier déplacé, l'estomac suivant ce mouvement ou non, étant ptosé ou non.

Cette variété s'explique par la persistance complète de la disposition congénitale. Il n'y a pas eu d'accolement, même pas à l'état d'ébauche. La torsion, qui normalement s'effectue avant cet accolement, peut s'être produite ou peut manquer.

Dans ce cas on ne peut pas parler de ptose duodénale : celui-ci est simplement demeuré mobile comme il l'est normalement chez le fœtus. Les cas en sont rares ; citons ceux de Freemann, de Robineau, de Leriche, de Melchior. Nous-même nous n'en avons rencontré qu'un seul cas, qui ne fut d'ailleurs qu'une découverte inattendue lors d'un examen du transit intestinal.

Le duodénum mobile partiellement ou plus simplement D. mobile partiel comprend deux variétés selon la portion intéressée. En général, c'est sur la deuxième portion que porte l'anomalie. Cependant Ortiz rapporte un cas observé par lui sur le cadavre dans le Laboratoire du Pr Hovelacque ; le défaut d'accolement commençait seulement à l'angle formé par D^2 et D^3 . Le muscle de Treitz n'existait pas ; cependant on pouvait noter la présence d'une artère hépatique accessoire.

On doit noter ici que Jonnesco a signalé ce défaut d'accolement au niveau de D^3 , mais pour lui il s'agis-

sait d'un développement exagéré de la fossette rétro-duodénale.

Citons encore les cas de Schiefferdecker (in Rogie) = 4^e P. pourvue d'un méso, de Hiss : 1^{re} et 2^e P. normales, le reste mobile, pourvu d'un méso.

Ces cas étant absolument exceptionnels, on désigne généralement sous le nom de duodénum mobile partiel une anomalie portant sur la 2^e portion.

On en peut distinguer deux sous-variétés suivant que cette deuxième portion est mobile sur toute sa longueur ou que sa région sus-mésocolique seule n'a pas subi l'accrolement.

La première sous-variété est le duodénum mobile partiel complet (ou forme sous-vaérienne de Duval).

Quelques cas en ont été publiés : ce sont ceux de Vagstoffs, Telfer, Anderson, Welti, Breton, Brisset, Barret-Brouet (2 obs.), Ortiz (4 obs.).

La seconde est le D. M. partiel incomplet (ou f. sus-vaérienne), citons les cas rapportés par Boppe et Krebs, Welti (2 obs.) Banzet, Duval et Bécère (in Ortiz) et les 7 déformations sus-mésocoliques de Quénu et Jacquelin.

Nous ajouterons à ces diverses dénominations celle de D. mobile partiel incomplet initial ; la mobilité intéresse ici la partie toute supérieure de D¹ et non plus tout le tiers ou la moitié supérieure. Nous le désignons dorénavant sous le nom de D. m. initial.

SYMPTOMES

Un certain nombre de symptômes peuvent accompagner cette mobilité anormale.

Comme l'a dit Ortiz dans sa thèse, ces symptômes sont infiniment variables.

Miake, Picot, ont insisté sur deux ordres de faits : la douleur, l'ictère.

Ces signes sont d'autant plus marqués que la difformité est plus accentuée.

La douleur, siégeant dans la région épigastrique, mais, pour certains auteurs, pouvant aussi siéger dans la fosse iliaque droite irradiant dans le dos, est variable en intensité, donnant la sensation de tension après les repas.

Boppe et Krebs ont montré le caractère progressif de cette douleur qui va en s'exagérant, prenant 4 à 5 heures après les repas le type de brûlure très pénible, accompagnée de renvois acides et de sialorrhée.

Elle s'accompagnerait de contracture de la région épigastrique. Cette douleur disparaîtrait dans le decubitus dorsal (3 fois sur 4 Picot). Un gargouillement au niveau de l'épigastre lui faisait place dans le cas rapporté par Boppe et Krebs.

Tous les auteurs ont insisté sur la possibilité du début de ce symptôme dans l'enfance : 6 fois entre 6 et 9 ans, 2 fois entre 17 et 19 ans (sur 10 cas, Miake), depuis l'âge de 14 et 19 ans (obs. 3 et 4 de Quénu), depuis l'enfance chez une malade âgée de 79 ans dans l'obs. 2 de cet auteur.

Quant à sa pathogénie, elle semble due à une coudure canaliculaire créant une stase, disparaissant dans la position couchée. Il faut sans doute y ajouter la torsion du canal de Wirsung, le tiraillement des nerfs de la région et du pédicule hépatique.

L'ictère (1 fois sur 4, Picot) cité très souvent par Miake (6 fois sur 10) est dû à un trouble d'ordre mécanique : la chute de la portion mobile donne une coudure du cholédoque et une obstruction plus ou moins prononcée de sa lumière.

Ortiz a justement comparé l'effet de cette action mécanique à celui produit par la présence d'un calcul qui provoque également un ictère passager mais complet. Cet auteur explique aussi les cas de Miake (ictères avec fièvre, ictères dus à une angiocholite) par la répétition de cette torsion qui peut survenir plusieurs fois par jour et favoriser une infection des voies biliaires.

Un autre symptôme doit être signalé : c'est la diarrhée qui est parfois caractéristique et qui domine tout le tableau clinique dans le cas de Breton (selle glaireuse, matinale, quotidienne, puis selle solide à midi) ; on la trouve aussi notée par Barret, par Ortiz (obs. 2).

Elle était également un symptôme important dans le cas d'une de nos malades dont nous donnons ici l'observation :

Mme M. J..., 57 ans.

Depuis l'âge de 15 ans souffre de l'estomac.

— Périodes douloureuses irrégulières de durée très inégale avec périodes d'accalmie assez longues.

— Douleurs à caractère de crampes apparaissant à heure variable.

— Vomissements peu abondants, mais calmant la malade.

Les périodes douloureuses sont devenues de plus en plus longues, les vomissements plus fréquents, les périodes d'accalmie plus brèves.

En 1922 examinée à Saint-Antoine.

Examen des selles (recherche du mélœna) négatif.

Tubage gastrique, hyperchlorhydrie marquée, mais pas d'image d'ulcus à la radio.

En 1923, nausées fréquentes, vomissements rares.

Salivation et sécrétion lacrymale très abondantes.

Apparaît alors de la diarrhée (5 à 6 selles par jour) avec gaz à odeur putride.

En 1926, crise subite de diarrhée et vomissements continuels pendant 6 heures. Crampes très douloureuses dans les membres inférieurs.

Février 1930 : nouvelle crise identique, mais qui dure 15 jours (avec arrêt de 2 jours à 2 reprises).

Pas de fièvre.

Amaigrissement de 5 kg. en 15 jours.

Des radios en séries nous permirent de porter le diagnostic de mobilité duodénale anormale.

Nous remarquons également dans cette observation les vomissements. Ceux-ci se retrouvent encore dans le cas exposé par Breton, où il s'agit du rejet d'un liquide aqueux avec un peu de bile, non mélangé d'aliments.

De même des vomissements aqueux, dont les pre-

miers seraient remontés à l'âge de 5 ans, sont notés dans l'obs. 7 de Quénu et Jacquelin.

L'amaigrissement, — très net chez notre malade Br. Pierre (mais il avait de forts vomissements dus sans doute à sa sténose pylorique), — inquiète la malade de Quénu (obs. 5). Elle ne présentait aucun autre symptôme.

Un mélœna est signalé par Boppe et Krebs. Nous-même nous avons dit que Mlle L. était venue consulter pour une hémorragie durant depuis 5 jours.

Notons encore que le P^r Duval a attiré l'attention sur la coexistence de douleur épigastrique et migraine, coexistence devant faire penser à la localisation duodénale. Notre malade Mme D. Y., 25 ans, avait souvent de violents maux de tête. Dias (de Porto-Alegre) fait de ce symptôme un signe de l'auto-intoxication duodénale chronique.

Ortiz signale la possibilité d'une association de D. m. et d'ulcus duodénal. Il s'appuie sur les travaux de Duval et de J.-Ch. Roux qui ont montré que toute sténose duodénale prédisposait à l'ulcus. On trouve semblable association dans les cas de Armstrong et de Freemann. Nous reviendrons plus loin sur ce point important.

Ces divers symptômes sont inconstants ; ils ne se trouvent pas toujours réunis, et parfois même aucune ne peut être mis nettement en évidence.

Les troubles éprouvés sont souvent vagues, gêne, pesanteur, digestion difficile, diarrhée légère. Duval, Roux et Béchère ont observé plusieurs cas indiscutables de D. m. sans aucun trouble digestif.

Nous venons d'étudier les symptômes que peut présenter le duodénum mobile partiel, qu'il soit complet ou incomplet. Les signes en sont tellement variables qu'il nous semble difficile de séparer cliniquement les 2 variétés.

Certains auteurs ont voulu établir une distinction entre les syndromes sus et sous-vatérien dont Duval a donné les tableaux cliniques (s. sus-vatérien : douleur + troubles de l'évacuation ; s. sous-vatérien : douleur + tr. de l'évacuation + diarrhée + ictère). Mais bien souvent un duodénum mobile complet entraînera moins de trouble qu'un duodénum mobile incomplet ; souvent son tableau clinique sera à peine ébauché.

Quant au D. m. total, ses symptômes ne sont pas aussi caractéristiques. C'est souvent lors d'une opération pratiquée à la suite d'un diagnostic d'ulcus gastrique ou duodénal que l'on trouve, non la lésion présumée, mais au contraire une mobilité anormale de toute l'anse.

La symptomatologie ne sera nette que s'il y a sténose ou stase.

C'est ainsi que chez la malade de Freemann le muscle de Treitz venait tirailler l'angle duodéno-jéjunal, amenant un syndrome douloureux. La section du muscle de Treitz suffit à supprimer la douleur.

D'autre part cet angle duodéno-jéjunal étant tiré par en haut et l'anse intestinale retombant, il pourra se produire à ce niveau ou juste en amont une coudure qui amènera la stase, la dilatation, un refoulement tout le long de toute l'anse, allant parfois jusqu'au pylore.

Nous ne dirons qu'un mot de la possibilité du passage d'un D. totalement mobile dans un sac de hernie gastrique. La symptomatologie en sera aussi inexistante sauf s'il se produit, par pincement ou compression, une sténose sous-vatérienne. Il pourra se produire un vomissement bilieux qui serait l'indication opératoire formelle.

DUODENUM MOBILE ET ULCUS

Nous tenons à insister sur la possibilité d'une association entre le duodénum mobile et l'ulcus (gastrique, pylorique, ou duodénal), association sur l'importance de laquelle notre maître le D^r Gutmann a appelé l'attention à la séance du 11 avril 1932 de la Société de Gastro-entérologie.

Nous avons dit plus haut qu'Ortiz a déjà signalé cette coexistence.

Nous avons noté chaque fois, lors de l'exposé des cas les plus intéressants de duodénum mobile qu'il nous a été donné d'observer, la présence ou l'absence de l'ulcus.

Nous l'avons rencontré 7 fois sur 15 cas, soit plus de 47 %.

La formation de cette lésion serait due à la stase duodénale qui apparaît à la suite de la malformation. Nous noterons en effet que c'est surtout dans les cas où l'anse anormale était la plus nette et surtout où la stase était la plus considérable, que nous retrouvons l'ulcération avec son aspect radiologique typique.

Il en était ainsi dans les cas figurés par les schémas 7, 8, 9, 11, 13, 14 et 15,

Dans ces dernières figures, si l'on considère bien la marche que doit suivre le repas baryté, on voit que toujours il doit rester une certaine quantité de liquide dans la portion déclive de l'anse anormale.

Si l'on admet à l'origine de la pathogénie de l'ulcère gastrique ou duodénal l'action irritative d'un liquide d'hyperacidité, on voit combien est favorable à ce processus la malformation que nous venons d'étudier.

Cette coexistence doit donc toujours être recherchée.

C'est ce que nous avons fait dans les cas rencontrés par nous depuis le début d'octobre.

Sur 4 cas, 3 présentaient cette association. De plus, le Dr Rachet a bien voulu nous communiquer les observations et les clichés de ses 3 malades qui présentaient un duodénum mobile initial. Dans un cas on trouvait en plus un ulcus calleux du pylore ; dans les deux autres un ulcus duodénal.

Donc, notre statistique peut porter sur 22 cas. Association d'ulcus 13 fois soit 59 %.

ASPECT RADIOLOGIQUE

C'est l'examen radiologique, et lui seul, qui permet d'affirmer l'existence d'une mobilité anormale.

Nous verrons d'ailleurs, et c'est un point sur lequel nous insisterons, combien l'interprétation peut être difficile, même sur des clichés pris en séries.

Nous noterons d'abord que la mobilité duodénale totale s'accompagnant, pour ainsi dire toujours, de ptose, ne pourra guère donner d'image typique de malformation, à moins qu'il y ait tiraillement sur le seul point fixe, celui de l'angle duodéno-jéjunal.

Il y aura évidemment alors stase par suite d'une difficulté à l'évacuation ou d'un simple retard. Cette stase donnera à l'écran une image dilatée de la région pré-duodéno-jéjunale.

L'aspect était normal dans le cas de Robineau.

La variété partielle complète (sous-vatérienne de Duval) donne, à l'examen radioscopique ou graphique, l'aspect que beaucoup d'auteurs ont décrit sous la dénomination de « duodénums à l'envers ».

La concavité de la boucle duodénale ne regarde plus comme normalement à gauche et en haut mais à gauche et en bas.

Il y a disparition du genu superius par suite de l'abouchement direct de la première portion et la seconde.

On peut dire même que sans disparaître le genu superius s'est déplacé, est descendu ; il a pris la place du genu inférius à l'union de la deuxième et de la troisième portion.

Les autres parties de l'anse duodénale, y compris l'angle duodéno-jéjunal, sont normales.

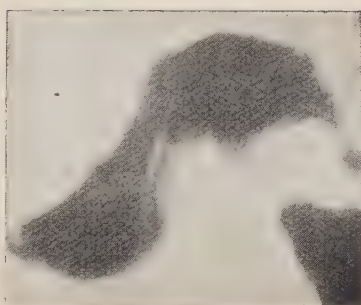
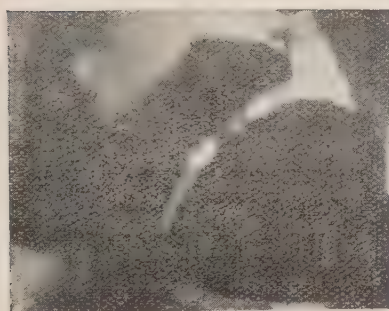
Un signe radiologique sur lequel tous les auteurs ont insisté est la disparition de telles déformations lorsque l'on fait coucher les malades (après avoir pratiqué l'examen qui a fait porter le diagnostic dans la position verticale).

Une seule observation semble échapper à cette règle : c'est celle de Bon.

Dans le cas exposé par cet auteur, le duodénum pouvait apparaître tantôt avec son aspect anormal dans la position debout, tantôt avec son aspect normal ; de même dans le decubitus. Bon explique ainsi que l'on trouve des D. m. à l'opération, D. m. qui n'avaient pas été vus à un examen radiologique. Cela montre de plus la nécessité de plusieurs examens à quelques jours d'intervalle.

La variété partielle incomplète est certainement la plus difficile à interpréter au point de vue radiologique.

La région du genu superius étant mobile, toute cette partie de l'anse intestinale pourra retomber en une boucle plus ou moins nette, plus ou moins prononcée, par une sorte de glissement, de repliement. Ce replie-



En haut. — Ces radios se rapportent aux schémas 2, 4.

En bas. — Aux schémas 12, 8.

(Clichés Ch. Verax)



Ces deux radios ont été mises à notre disposition par MM. Doin et C^o Editions. Elles sont extraites de l'ouvrage du Dr Gutmann « Syndromes douloureux épigastriques ».

ment se fera dans le sens frontal ou bien dans le sens antéro-postérieur se faisant autour du point d'union de la partie mobile et de la portion fixe, c'est-à-dire un peu au-dessus de l'ampoule de Vater. Visible assez nettement dans le premier cas, elle sera au contraire très difficile à mettre en évidence dans le second. Ce n'est qu'après des examens répétés à plusieurs jours et même plusieurs semaines d'intervalle, sur des clichés multiples pris en séries, que l'on pourra porter peut-être un diagnostic certain.

Quant au duodénum mobile partiel initial que nous avons essayé, dans les toutes premières pages de ce travail, d'isoler comme une forme méconnue mais pourtant bien particulière dans la sous-variété du D. m. incomplet, ce ne sera qu'à un examen très approfondi des clichés, lorsque l'on en aura vu un certain nombre de cas, et lorsque l'on sera habitué à son image, que l'on pourra porter le diagnostic.

Rappelons ici encore l'importance de l'association d'un ulcus duodénal; la présence de l'une ou l'autre affection ne devra pas faire oublier de rechercher une coexistence toujours possible.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique est pratiquement impossible. Nous l'avons déjà laissé entendre lors de l'étude clinique de cette affection.

La symptomatologie en est tout à fait variable, bien souvent très fruste.

Les douleurs tardives, la faim douloureuse, les hémorragies (dans le cas de Boppe et Krebs, chez notre malade Mlle L...), peuvent faire penser à un ulcus pylorique ou duodénal.

Pour Miake cependant, crises douloureuses et poussées d'ictère devraient permettre le diagnostic de duodénum mobile.

Nous croyons que cette affirmation est un peu excessive ; souvent ce début précoce n'existe pas ; ainsi chez les 4 malades de Picot les troubles digestifs n'existaient que depuis quelques mois.

L'ictère peut être dû à la mobilité anormale, mais 7 fois sur 10 Miake a trouvé une cholécystite associée. Peut-on émettre l'hypothèse que cette dernière est bien due à l'anomalie qui amène une torsion des canaux évacuateurs de la bile ? Rien ne vient la confirmer.

Quant à la diarrhée on ne peut évidemment la compter comme un signe capital et bien particulier.

Nous avons examiné nous-même une malade âgée de 68 ans souffrant depuis 40 ans de l'estomac : douleurs post-prandiales au creux épigastrique tous les jours :

— poussées d'ictère passagers depuis cette époque ;

— diarrhée : 5 selles le matin depuis 18 mois.

A l'examen radioscopique et graphique nous avons vu qu'il s'agissait d'un cas à peu près identique à celui représenté dans la figure 1. Nous pouvons difficilement admettre que tous ces troubles digestifs devaient être rapportés uniquement à cette petite malformation.

La douleur peut également descendre dans la fosse iliaque droite et dans ce cas on peut porter un diagnostic erroné d'appendicite. Ainsi Welti trouva un D. m. chez un malade qu'on lui adressait pour lui pratiquer une appendicectomie.

De même un malade d'Ortiz ne fut pas soulagé de ses troubles digestifs par cette opération.

Les digestions difficiles avec sensation de pesanteur feront penser à une ptose gastrique. C'est peut-être là une erreur de diagnostic peu grave, car on a vu un certain nombre de malades soulagés par le port d'une ceinture antiptosique.

Que dire alors des autres signes que l'on a pu noter dans quelques observations ? Ils ne peuvent certes pas servir au diagnostic.

Seul le diagnostic radiologique permet d'affirmer l'existence d'une anse anormalement fixée.

Mais parfois il est lui-même erroné ; c'est ainsi que

dans le cas rapporté par Veau dans *L'Echo Médical du Nord* sur 5 clichés on avait fait le diagnostic de « diverticule profond de 3 cm. dirigé obliquement en dehors ». Ce diverticule ne fut pas retrouvé à l'opération mais la deuxième portion était anormalement longue et mobile se laissant attirer hors du ventre. L'auteur parle de volvulus d'un dolicho-duodénum mobile.

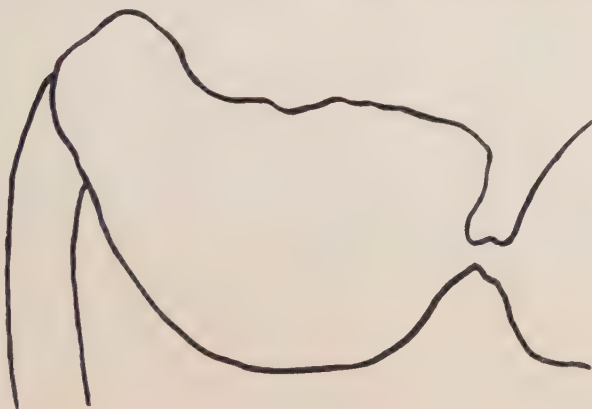


Fig. 16

Nous donnons figure 16 l'aspect radiologique trouvé dans une première série de notre malade Th. Moïse. Devait-on penser à un mégabulbe ? Une deuxième série (fig. 17) nous montra qu'il s'agissait du bulbe et d'une portion intermédiaire anormale dilatée.

Rien dans l'observation de ce malade n'était assez typique pour faire penser à un D. m.

La voici résumée brièvement :

Th... Moïse, 38 ans.

— Troubles gastriques depuis 12 ans.

— Sensation de pesanteur, calmée seulement par la belladone.

— Depuis 2 ans souffre tous les jours ; la douleur dure toute la journée et est seulement calmée par les aliments pendant une demi-heure, puis elle recommence.

— De plus, sensation de brûlure au niveau du palais et de la langue.

— Pas de vomissements.

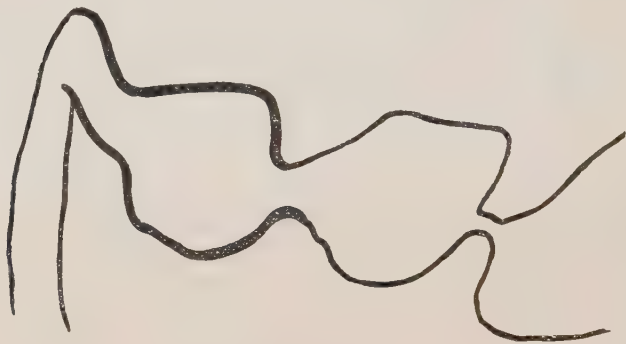


Fig. 17

— Langue saburrale.

— Selles régulières.

— A l'examen : point vésiculaire.

Dans le cas de M. M... (fig. 11) sur certains clichés nous fîmes tout d'abord le diagnostic de : ulcus duodénal + périduodénite.

Ce n'est qu'en regardant de plus près que nous nous aperçûmes de notre erreur : il s'agissait bien d'un duodénum mobile initial dont les deux branches ascendante et descendante semblaient accolées dans les premiers clichés.

Quant à la stase qui peut survenir sur l'anse anormale, elle peut être confondue avec toutes les stases duodénales, soit par bride, soit par compression par le pédicule vasculaire mésentérique, soit par compression du côlon droit non accolé (stase sur D²).

Nous avons insisté sur le fait que les déformations et la stase pouvaient disparaître dans la position couchée. Nous avons rappelé cependant le cas de Bon où tantôt dans la position debout, tantôt dans le decubitus, les déformations existaient.

En résumé, le diagnostic est presque impossible à faire cliniquement ; il sera facile radiologiquement à condition que l'on soit familiarisé avec les aspects que nous avons énumérés au début de ce travail.

ÉVOLUTION ET TRAITEMENT

Nous ne dirons que quelques mots de l'évolution de cette affection.

Elle est progressive. Quénu et Jacquelin ont insisté sur ce caractère progressif des accidents dyspeptiques qu'entraîne une mobilité anormale, caractère qui s'oppose à celui, rapide, aigu, que l'on voit dans certaines stases duodénales.

Peu à peu, il se produit une ptose de l'anse non fixée. Il en était ainsi dans le cas de Leriche, cité par Saulé dans sa thèse sur les ptoses duodénales. Il peut également se produire un accollement secondaire par périiduodénite. C'est l'hypothèse émise par Boppe et Krebs : chez leur malade il existait une boucle de la 2^e portion. Le bulbe était au niveau de la 5^e lombaire. Le duodénum, d'abord anormalement mobile, s'était sans doute peu à peu ptosé puis accolé par réaction inflammatoire de voisinage.

Une anomalie identique se retrouve dans l'observation d'Anderson publiée dans *the British J. of Surgery* (janvier 23).

Dans le Bulletin de la Société Anatomique de janvier 1922, Leveuf et Huet ont publié une observation similaire, sauf que les troisième et quatrième portions, au-

dessus et à gauche de la mésentérique supérieure, manquant. Dans le cas de mobilité totale exposé par Melchior il y avait des adhérences entre les branches de l'M formé par le duodénum et l'estomac.



Le traitement variera selon la forme de mobilité trouvée. Il est de toute évidence que l'on n'en instituera aucun lorsqu'il s'agira d'un Dm. découvert tout à fait par hasard, par exemple lors d'un examen pratiqué pour mettre en évidence une autre affection donnant un tableau clinique bien différent.

Dans les cas légers on se bornera à faire porter une ceinture spéciale pour ptose. Dans la littérature nous trouvons quelques cas de malades nettement soulagés par le port d'une telle ceinture.

Quand les troubles sont vraiment accentués, on pourra choisir entre les trois procédés préconisés par différents auteurs : procédés de libération, de dérivation, de fixation.

Le procédé de libération sera particulièrement indiqué dans les cas de mobilité totale si celle-ci entraîne une dilatation pré-duodéno-jéjunale. Dans ce cas c'est sur le muscle de Treitz qu'il faut agir car, fixant l'angle duodéno-jéjunal, il amène une courbure empêchant l'évacuation.

Freemann l'a sectionné. Mais il faut craindre la proximité de la veine mésentérique inférieure et celle du mésocolon transverse avec tous ses vaisseaux.

L'opération qui semble être la meilleure, surtout

s'il y a stase et dilatation, est la duodénojéjunostomie.

Elle fut pratiquée par Breton ; un an après il notait une augmentation de poids de 9 kg. chez sa malade.

Boppe et Krebs, après avoir pratiqué cette intervention revirent leur malade 4 mois après (ne souffre plus, augmentation de poids de 4 kg.). Robineau aurait pratiqué semblable dérivation si le duodénum avait été dilaté. Il se contenta d'une gastro-entérostomie.

Leriche, parlant en 1927 à la Société de chirurgie de sa malade dont on trouvera l'observation dans la thèse de Saulé, indiquait que la guérison s'était maintenue depuis 17 ans, à la suite de l'exclusion du duodénum avec une duodénojéjunostomie.

Le procédé de fixation ou pexie a été utilisé par plusieurs chirurgiens. C'est ainsi que Miake faisait des sutures étagées pour amener un raccourcissement du petit épiploon ou raccourcissement duodéno-gastro-hépatique (identique à la technique de Boyer pour gastroptose). Il utilisa également le procédé de Wilms (pour la cæcopexie) : incision du péritoine pariétal postérieur en dehors de D² et fixation du feuillet péritonéal ainsi libéré à la face antérieure de cette portion.

Duval a préconisé, dans les mobilités partielles, une opération similaire de celle de Perthes pour la gastroptose. Il faut détacher le ligament rond du foie, le suturer le long de la petite courbure en l'ayant fixé auparavant au genu superius ; on termine par une suture au rebord costal gauche.

Quénu et Jacquelin revenant sur le choix de l'intervention ont préconisé la vidange par duodénojéjuno-

stomie lorsqu'il y a stase. Mais comme il y a fréquemment association d'une stase gastrique, on doit également pratiquer une gastro-jéjunostomie.

Nous donnerons ici le compte-rendu de l'opération pratiquée par le Dr Petit-Dutaillis chez notre malade Mme Ch. Marie dont nous avons résumé plus haut l'observation.

Opération (27 5-32) : bulbo-jéjunostomie et jéuno-jéjunostomie complémentaire.

Incision sus-ombilicale para-médiane droite.

Duodénum mobile long et dilaté.

Bulbe flasque, élargi et excavé par l'empreinte de la vésicule. Le genu superius est bien en place.

3^e et 4^e portions sont accolées. La 1^{re} portion jusqu'au genu superius est nettement dilatée par rapport à un bulbe normal et présente un méso qui se prolonge jusqu'au G. S. et qui lui donne de ce fait une mobilité anormale.

Le bulbe apparaît en même temps congestionné.

Estomac nettement dilaté.

Aucun ulcus ni sur l'estomac ni sur le duodénum.

Pas d'adhérences avec la vésicule.

Duodéno-jéjunostomie précolique en 2 plans.

Jéuno-jéjunostomie complémentaire au bouton réunissant les deux pieds de l'antre.

CONCLUSIONS

1° Dans le groupe des duodénums mobiles, nous croyons qu'on peut individualiser une variété bien spéciale, celle de la région du genu superius et de la partie toute supérieure de la 2^e portion.

On peut l'appeler « duodénum mobile partiel initial ».

2° Le diagnostic peut en être fait grâce à un examen radiologique complet et approfondi, comportant essentiellement des clichés pris en séries.

3° La fréquence de l'association d'un ulcère (duodénal ou gastrique) à ce duodénum mobile partiel initial, association que nous avons trouvée 13 fois sur 22 de nos cas (soit près de 59 %) donne à cette malformation une importance pathogénique et pronostique.

4° Lorsque le traitement chirurgical est indiqué, il paraît devoir consister en une duodéno-jéjunostomie accompagnée d'une gastro ou jéjuno-jéjunostomie.

Vu, le Doyen
BALHAZARD

Vu, le Président de la thèse
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON. — Anomalies du D, (*British j. of Surgery*, 1923).

ARMSTRONG. — *Annales of Surgery*, 1910.

BANZET. — Le D. mobile (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1928, p. 379).

DE BEULE. — La stase duodénale chronique (*Bruxelles Médical*, 12^e année, n^{os} 12, 13, 14).

BON. — Variations de statique gastro-duodénale dans un cas de D. m. (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, janvier 1930).

BOPPE et KREBS. — Le D. à l'envers (*Société anatomique de Paris*, septembre 1924).

BRETON. — D. mobile (*Société de Chirurgie*, 1927, n^o 53, p. 690).

BRETON, BARRET, BLONDEAU. — Infra version des 2 premières portions du D. (*Journal de Radiologie*, 1929, p. 465).

BRISSET. — Anomalie du segment duodénal (*Soc. de Chirurgie*, février 1927).

BROUET. — Anomalie du D. (*Chirurgie de l'estomac et du duodénum*, in Hartmann, 1928, p. 312).

BROUET. — Anomalie de torsion du D. (*Annales d'anatomie pathologique*, janvier 1926).

CAIN. — Société de gastro-entérologie de Paris, mars 1933.

CHIARI. — Präyen Med. Woch., avril 1888.

CHILAUDITI. — Ptose du D. (*Société de Radiologie Médicale de Paris*, janvier 1911).

DIAS REVISTA. — Curcos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre n° 15, 1929 (L'auto-intoxication d'origine duodénale).

DIEZ. — El duodeno movil (*la Prensa medica Argentina*, novembre 1928).

DESCOMPS — Anomalies de torsion intestinales (*J. d'anatomie et de physiologie*, 1909).

DOTT. — Anomalies of intestinal rotation (*Britist J. of Surgery*, 1923-1924, t. XI, p. 251).

DUVAL, ROUX et BECLÈRE. — Etude sur le duodénum, Paris 1924, p. 230.

DUVAL et BECLÈRE. — Le D. m. en radiologie clinique (*Bull. Soc. de Chirurgie*, mai 1929, p. 440).

FREDET. — Péritoine (in *Poirier*).

FREEMANN. — Anomalie congénitale du D. (*Soc. gastro-entérologie*, 1920, t. XXX, p. 454).

GILBERT. — Anomalie congénitale de l'intestin (*Bull. Soc. radiologique médicale de France*, avril 1925).

GREGOIRE. — Formes anormales du bulbe duodénal (*Soc. Chirurgie*, novembre 1923).

GUTMANN (R A.). — Syndromes douloureux de la région épigastrique, t. II, p. 148).

IDEM. — A propos du D. m. (*Soc. de gastro-entérologie*, mai 1932).

HARTMANN. — Anatomie du duodénum (*Soc. Anatomique*, 1889).

HECKER, GRUNWALD, KELHMANN. — Anomalies congénitales du gros intestin (*Revue de Chirurgie de Paris*, 1926, p. 661).

HIS. -- Hist. Anat. Menschlicher Embryonen III, p. 21.

JABOULAY. — Un cas de D. m. (*Soc. Chirurgie*, juin 1927).

LERICHE. — Un cas de D. m. (*Soc. Chir.*, juin 1927).

MIAKE. — Le D. m. (*Arch. für Klin. Chir.*, Berlin, novembre 1922).

MELCHIORE. — Analyse dans le *Journal de Chirurgie*, septembre 1924.

NIMEH. — Forme anormale du D. (*Presse Médicale*, août 1921).

ORTIZ. — Le D. m. (*Thèse Paris*, 1929).

PERNKOPF. — Inversion du D. (*Wiener klin. Wochenschr.* juin 1926).

PICOT. — Quelques cas de D. m. (*J. des Praticiens*, septembre 1930).

QUENU et JACQUELIN. — Arch. des maladies de l'App. digestif., juin 1932.

DE QUERVAIN. — Anomalies intestinales (*Traité de Diag. chirurgical*, 1922).

ROBINEAU. — A propos du D. m. (*Bull. Soc. de Chir.*, mai 1927).

SALOMON. — Thèse de Leipzig, 1912.

SAULE. — Les ptoses du D. (*Thèse Lyon*, 1911).

SCHIEFFERDECKER. — Arch. für Anat. de His et Braun, p. 233.

TATTONI. — D. liberum (*Boll. Scienze Mediche*, 1927, n° 6).

TELFER. — J. of Anat. et Phys., 1915.

TERRIS. — Sténoses fonctionnelles du D. (*Thèse Paris*, 1925).

VAUTRIN. — Congrès Chirurgie, 1901.

VEAUDEAU. — Soc. Médecine du Nord, avril 1931.

VILLEMIN. — Anatomie comparée du D. de l'homme et des mammifères (*Arch. de Morphologie générale*, 1922, fasc. III).

WAGSTAFFE. — J. of Anat. et Phys., 1924.

WANKE. — Anomalies duodénales (*Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntg.*, 1920).

WEILER. — Assoc. Médicale de Rosario, septembre 1929.

WELTI. — Mémoire de Médaille d'or, Paris, 1926.

1932. St-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC
